

## Nuevos modelos de gestión. Una visión retrospectiva

*Juan José Equiza Escudero*

---

Arbor CLXX, 670 (Octubre 2001), 325-338 pp.

*Examinar las diversas propuestas para modernizar nuestra gestión, es un tema a la vez apasionante e ilustrativo, desde sus planteamientos básicos, sus intentos de aplicación práctica, los recelos que despertarán y los resultados que aportarán. Un camino difícil y sinuoso pero que no se puede negar ha conseguido avances muy significativos en estas dos últimas décadas.*

---

### **Introducción**

Hablar de nuevos modelos de gestión, es abrir la puerta a un tema controvertido que ha generado y genera, un acalorado debate sustentado más en una supuesta intencionalidad, la privatización de los servicios públicos, que en su contenido. Hoy nadie discute ya la necesidad de cambio en las organizaciones para adaptarse a las nuevas realidades económicas, políticas y sociales.

La crisis del petróleo en los años setenta no hizo sino dar paso a un cambio de tendencia en los sistemas económicos que afectaban de lleno al mundo empresarial, pero también a los Servicios Públicos.

El Fondo Monetario Internacional (FMI) le pone fecha a la crisis que Anthony Crosland (1976) resume en la expresión «la fiesta ha terminado», señalando también el cambio de tendencia para los servicios

públicos. La universalización de las prestaciones y el crecimiento económico sostenido para mantenerlas son asunciones puestas en entredicho.

Desde esa fecha, hemos asistido a cambios de gran magnitud en el mundo de la gestión en general y de la sanidad en particular. Hoy en un momento en el que las reflexiones parecen estar dirigidas hacia la adivinación del futuro, hacia la búsqueda de respuestas sobre ¿Cómo será la gestión sanitaria en los próximos años?, en este artículo trataré de dar una visión de la evolución en la gestión en los hospitales públicos, en los hospitales de la red INSALUD, haciendo un breve recorrido sobre los aspectos más relevantes, desde aquel «Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria» acuñado en los años ochenta, hasta los «Nuevos Modelos de Gestión» de hoy.

Se trata de una reflexión sobre nuestro pasado inmediato. Pues si bien el futuro debe inspirarse en el mundo que ha de venir, también las ideas que interpretan el futuro se basan y están influidas por el mundo de siempre. También el futuro tiene su historia.

### **Mercado y gestión. En busca de un paradigma**

Los años ochenta pues, fueron años de cambio en los que el mundo empresarial busca nuevas fórmulas de gestión que ayuden a «hacer más por menos»; la competitividad es el marco en el que se establecen las nuevas reglas del juego. La forma tradicional de acción cede paso a nuevas actuaciones, es el Paradigma de la Eficiencia. La gestión y los gestores son objeto de atención, en esa década crecen las publicaciones en las que teóricos y gurús de la gestión ofrecen recetas de cómo gestionar mejor y anticiparse al futuro.

La búsqueda de ventajas competitivas, y de la eficiencia, es la solución a los problemas. Michael Porter (1980), economista, viene a decir que la estrategia es, por encima de todo lo demás, la búsqueda de beneficios superiores a la media. Hace una síntesis de los conocimientos y técnicas para mejorar la rentabilidad que resume en cinco fuerzas competitivas. Posteriormente, en 1990, en otra de sus obras trata de explicar, en un análisis retrospectivo, las causas de las fusiones y agrupamientos sectoriales que en esos años se fueron produciendo.

#### *Fuerzas competitivas:*

- Incorporación de nuevos competidores
- La amenaza de sustitutivos
- El poder de negociación de los clientes

- El poder de negociación de los proveedores y
- La rivalidad entre los competidores

El japonés Kenichi Ohmae (1982) pone de manifiesto la necesidad de ser creativos para ser competitivos.

Tom Peters y R. Waterman (1982) con su obra, *En Busca de la Excelencia*, se convierten en Best seller. Recogen y ofrecen a sus lectores, algunos criterios para anticiparse al futuro y lograr la excelencia en la empresa. Peters y Waterman describen para ello 8 reglas o puntos básicos.

### *Principios de excelencia:*

1. Acción
2. Atención al cliente
3. Autonomía y espíritu emprendedor
4. Motivación orientada hacia la productividad
5. Colaboración
6. No cambiar lo que se hace bien
7. Eficiencia en los recursos
8. Autonomía controlada

Casi de forma simultánea, como si de proteger este nuevo enfoque se tratara y para evitar los problemas de discalidat que una visión centrada solo en la eficiencia pudieran producirse, W. Edwards Deming (1982), propone a las empresas otra estrategia para salir de la crisis, la calidad. Con su teoría de la calidad, lanza su mensaje a las empresas haciendo una reflexión sobre la procedencia de los beneficios. El razonamiento es: Si tienen clientes satisfechos, estos repiten sus compras, hablan excelencias de su producto y servicio y traen amigos con ellos. De esta forma, los beneficios de la empresa están asegurados. Ve la calidad como algo más que estadísticas. Sintetiza lo más importante de la calidad en 14 puntos. Entiende la calidad como una responsabilidad de todos. A esta estrategia se unirán otros autores, entre ellos J.M. Juran (1988). Este describe la trilogía de la calidad, planificación, gestión y puesta en práctica, en su libro *Planning for Quality*.

### *Puntos de calidad:*

- Hacer constar la intención de mejora.
- Adoptar la filosofía de calidad.
- Trabajar para la calidad.
- Minimizar costes.
- Mejorar procesos integrando planificación, producción y servicio.

- Facilitar el liderazgo.
- Eliminar temores.
- Romper barreras entre departamentos.
- Eliminar eslóganes.
- Eliminar cuotas numéricas.
- Eliminar objetivos numéricos.
- Creación del sentido de pertenencia.
- Establecer programas de formación.
- Integrar a toda la organización en el plan de mejora.

Es una época rica en publicaciones que tratan de ofrecer el conocimiento no solo sobre aspectos concretos de gestión sino que ofrecen información sobre modelos organizativos, cultura organizacional etc. En ellas se reflejan los cambios que se están produciendo.

Una década después, estas teorías comienzan a ser cuestionadas y así, la planificación estratégica tiene también su espacio para la crítica. Henry Mintzberg (1994), viene a decir que la planificación estratégica es un ritual desprovisto de creatividad, y señala algunos errores de ésta. La supuesta capacidad de predicción es limitada, pues se parte de considerar que el futuro se parecerá al pasado (certeza esta artificial). Esa suposición podía ser válida en los años 60, cuando había estabilidad y los planificadores no estaban tan desvinculados de la realidad de la organización. En estos tiempos, decía, los planificadores están ocupados en recoger datos básicos (mercados y competidores) y se han alejado de los proveedores, de los clientes y de los empleados. En consecuencia, lo que se produce es una disociación entre el pensamiento y la acción.

G. Hamel y C.K. Prahalad (1994) piensan que cada época tiene su propia interpretación y su propia visión sobre los hechos. La dificultad de las estrategias, no es su creación sino su puesta en práctica. Una organización debe esforzarse en mejorar y en diferenciarse de sus competidoras. El crecimiento se deriva de la diferencia, aunque señalan que hay tantas formas de crecer como de menguar, una organización puede fusionarse con otra, pero «dos borrachos no hacen una persona sensata». Es el tiempo de las grandes fusiones, de la externalización de servicios etc.

A la gestión científica, la ingeniería industrial, la mejora de los procesos empresariales, se suma, nueva y mejorada la reingeniería. Janes Champy y Michael Hammer (1.993), proponen la redefinición de los procesos para su mejora. Aunque no es una idea nueva, el lenguaje y el momento son oportunos. En un entorno altamente competitivo, con una explosión de la tecnología de la información, las or-

ganizaciones se ven obligadas a reconsiderar sus procesos anquilosados e ineficaces. Este proceso va a permitirles trasladar a la práctica, las nuevas realidades y formas de hacer.

Como en casi todos los casos, esta idea también fue criticada y comparada con la que utilizó el Presidente Mao, bajo el lema «destruir para construir», para llevar a cabo la revolución cultural en China, tratando de borrar el pasado.

Es la hora de un nuevo paradigma, el Paradigma del Cliente. El esfuerzo renovador e innovador tiene un objetivo claro, satisfacer las demandas del cliente adaptando la organización y sus procesos a esa nueva realidad.

¿Cómo afecta esta situación al Sector Público?

Naturalmente, estas circunstancias económicas generan crisis no sólo en las organizaciones empresariales, que se ven obligadas a diversificar su negocio, a fusionarse con otras para ser más competitivas, afectan también a la política y a la sociedad. En consecuencia, los Servicios Públicos desarrollados en los años cincuenta y sesenta sobre la base de un crecimiento sostenido del gasto público, se ven afectados también.

### **La eficiencia en el sector público**

En los años ochenta, como consecuencia de la crisis económica descrita, en las Administraciones Públicas, el Paradigma Tradicional se ha ido rompiendo para dar paso al Paradigma de la Eficiencia. Es necesario controlar el gasto público que supera ya el 45% del PIB en la Unión Europea (U.E.).

Descentralización y privatización de Empresas Públicas, son las tendencias que recorren Europa como una ola. Se traspasa la actividad a un mercado, con propiedad privada, aunque a menudo, es un mercado regulado. No se pretende eliminar la financiación o provisión pública, sino gestionar menos burocráticamente.

El término que comienza a circular «la Nueva Gestión Pública», es también un tema controvertido que despierta el debate Gestión Pública versus Gestión Privada. En realidad se trata de una vieja discusión sobre el carácter mediador de la Administración Pública y su relación con la Política, asignándole un papel claramente diferenciado del sector privado. Los procedimientos deben estar sujetos a reglas homogéneas y la ejecución de sus acciones a la transparencia.

Contrasta así, con el movimiento modernizador que trata de llevar a la gestión pública las técnicas y herramientas de la gestión privada que hagan posible la eficiencia. Sus propuestas eran:

*Nueva gestión pública:*

- Introducir modificaciones presupuestarias, destinadas a mejorar la transparencia, pero sobre todo y fundamentalmente a relacionar los costes, no con los recursos utilizados, sino con los resultados.
- Establecer las modificaciones necesarias en la relación contractual, para hacer posible la incentivación a los resultados.
- Introducir mecanismos de competencia interna.
- Separar las funciones de financiación y provisión.
- Descentralizar la provisión, facilitando la elección a los usuarios entre proveedores alternativos.

Estas propuestas desembocan en un nuevo paradigma, es el Paradigma del Cliente. Se parte del supuesto de que un buen sistema público, un buen gobierno, exige que el conjunto de sus organizaciones funcionen con eficiencia, con eficacia y con legitimidad. La asignación eficiente de recursos, la transparencia y rendición de cuentas sobre su utilización y la satisfacción del usuario, en su nuevo estatus de cliente, van a ser los principios básicos que orienten el nuevo paradigma.

¿Estos cambios se han vivido por igual en todas las Organizaciones Públicas?

¿En que nivel de cambio están las Organizaciones Sanitarias?

En España, la incorporación al estado de Bienestar social ocurre algunos años más tarde que en los países desarrollados de nuestro entorno. Consecuentemente el gasto público está unos puntos por debajo del porcentaje de la U.E., situándose en torno al 45% del PIB.

Aunque los cambios son generales, para todas las organizaciones, la Administración Sanitaria se ve afectada de forma muy especial, al ser sus organizaciones las que tiene más peso en el gasto. En los presupuestos de los Estados Europeo, mas de la mitad del gasto público, se destina a políticas sociales (sanidad, pensiones etc.) alcanzando el gasto social entre el 20-30% del PIB en Europa. En España se sigue

también esta tendencia aunque con porcentajes inferiores, situándose el gasto social entorno al 23% del PIB.

### **Bienestar y salud. Del paradigma tradicional a la eficiencia**

Las reglas del juego establecidas, después de la segunda guerra mundial dan como resultado el crecimiento de los Estados de Bienestar social, los cuales asumen el compromiso de hacer real la igualdad recogida en la Constitución de todos los países democráticos. Los Estados se convierten en grandes diseñadores de políticas cuyo objetivo no es otro que maximizar el bienestar social, corrigiendo los fallos de mercado y mejorando la eficiencia económica con su intervención a través de las políticas públicas.

Hay consenso entre los actores principales, políticos, ciudadanos y administradores, en un desarrollo incremental en los servicios públicos.

Esta prestación de servicios públicos se basa en el crecimiento sostenido del gasto público. Los años sesenta, años en los que se produce el crecimiento de los Estados de Bienestar, son años de bonanza económica. Existe una relación directa entre el nivel de renta y el gasto en salud. Los economistas parecen estar de acuerdo en que por un crecimiento económico de un 1%, el gasto sanitario se incrementa en más de 2% (Albi 2000). La sociedad elige democráticamente los contenidos del papel económico del Estado.

En estos primeros años, los niveles del gasto no son muy altos y la cantidad de servicios se determina en un proceso de negociación entre técnicos y políticos. Existen dos ámbitos de poder claramente definidos, el político y el técnico. El político basa su fuerza, el poder, en el voto recibido de los ciudadanos, el cual le legitima para tomar las decisiones en nombre de la Comunidad. El técnico basa su fuerza en el conocimiento, él sabe como llevar a cabo el proceso de producción del servicio. Este conocimiento es el que determina que sean los profesionales los que guíen el proceso y definan qué prestaciones, cómo y con qué recursos se harán. La complejidad del ámbito sanitario conlleva una enorme influencia de los profesionales que prestan el servicio en los procesos de prestación, e incluso en los resultados. Son los productores de los servicios públicos, los profesionales, los que autorregulan su función con el acuerdo implícito de la sociedad.

Naturalmente, el poder de influencia lo utilizan en la definición del servicio, promoviendo como valores esenciales del mismo sus propios valores y realizando sus conocimientos y experiencia.

El Administrador juega un papel integrador entre esos dos ámbitos de poder, haciendo posible la traslación de la política a la acción concreta de prestación del servicio.

Como puede observarse, el ciudadano participaba escasamente ya que las expectativas de servicios públicos, al igual que el gasto, eran escasas. En España, recordemos, se desarrolla el Estado de Bienestar más tarde. El político podía encontrar dinero para nuevas políticas, nuevas prestaciones, sin tener que recortar el gasto de otros proyectos o competir por los recursos. En este Paradigma Tradicional, el político decide, fija la política de los Servicios Públicos, el administrador asigna recursos y el técnico define y determina los procesos y los recursos necesarios.

El rendimiento de cuentas es también sencillo. Los profesionales o productores del servicio rinden cuentas a los políticos y estos a los ciudadanos.

La gestión, el Administrador o Gestor, en esta etapa se limita a hacer de mediador entre las dos esferas de poder, sirviendo a los dos ámbitos. En realidad hasta bien entrados los años ochenta no se puede hablar de gestión en sentido estricto. En la cultura de los profesionales sanitarios, de los médicos, el objetivo, el eje fundamental de la actuación del equipo sanitario y por extensión del hospital como un todo, es el proceso asistencial. El conocimiento médico se centra fundamentalmente en la clasificación de enfermedades, diagnósticos y en las alternativas terapéuticas, olvidando a menudo otros procesos necesarios para la buena marcha del hospital, como son la organización y gestión de recursos y en consecuencia buenos también para los resultados de la asistencia y para el paciente.

De esta forma se va produciendo un aumento incrementalista de los Servicios Sanitarios públicos. El gasto promedio en Sanidad en la U.E. llega en los años noventa en torno al 6% de P.I.B. y 1'8% el P.I.B. de gasto privado, siendo para España el 5'8% y 1'6% respectivamente.

PROMEDIO GASTO SANITARIO % P.I.B.:

	Público	Privado
Unión Europea	6 %	1'8 %
España	5'8 %	1'6 %

### Algunos problemas de crecimiento

A los cambios que el desarrollo de los Estados de bienestar producen de forma natural en la sociedad hay que añadir el bajo crecimiento



económico, los cambios demográficos y tecnológicos y la democratización de la sociedad.

El bajo crecimiento económico, instalado de forma pertinaz en los años ochenta y principios de los noventa, ha generado un aumento del gasto social, a la vez que ha limitado la posibilidad del crecimiento de la fiscalidad, reduciendo los ingresos tributarios. El aumento de la esperanza de vida y la incorporación de nuevas tecnologías a la sanidad, ha dado lugar a un cambio importante en los procesos de morbi-mortalidad, produciendo un progresivo envejecimiento de la población incrementando el gasto sanitario. Por último, es importante señalar la transformación social y política ocurrida en nuestra sociedad a partir de la Constitución de 1.978 en la que determinadas prestaciones, sanidad y protección social entre otras, constituyen un derecho. La Ley General de Sanidad de Abril de 1.986 viene a hacer exigible ese derecho con la universalización de la prestación sanitaria. Comienza así un nuevo y rico periodo para la gestión sanitaria hasta entonces limitada a escasos procesos de ordenación y desarrollo de las organizaciones hospitalarias, de acuerdo con las demandas de los profesionales.

En los años ochenta en España, son años de Reforma en los que se trata de establecer un Sistema Sanitario homogéneo e introducir las técnicas y herramientas de gestión en los hospitales. Bajo la denominación de «Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria» se describen las medidas que se llevarán a cabo para implantar el nuevo modelo de sistema sanitario ( se pasa del modelo de Seguridad Social a Sistema Nacional de Salud) y también nuevo modelo asistencial (de un modelo curativo se pasa a un modelo integral en el que la promoción y la prevención de la salud, también formarán parte de las actividades del sistema).

La gestión hospitalaria consistirá en:

- Determinar objetivos asistenciales y económicos para todos los centros.
- Creación de una infraestructura de información mínima y homologada para toda la red.
- Introducción sistemática del control de calidad.
- La humanización de la asistencia con la declaración del Código de Derechos y Deberes de los pacientes y la creación de los Servicios de Atención al Paciente para su instrumentalización práctica.

El trabajo en equipo y la dirección por objetivos serán las técnicas básicas de este nuevo modelo de gestión. El objetivo no es otro que introducir la cultura de empresa en las organizaciones sanitarias, carentes por completo de visión económica de la organización, secundando

de esta forma el sentir popular «la salud no tiene precio», aunque, como pocos años después se evidenciará, tiene un alto coste.

Para controlar este coste y poder comparar el rendimiento entre los distintos centros establecen unos datos básicos que cada hospital debe recoger (ver cuadro).

#### ESTADÍSTICAS HOSPITALARIAS

<b>Est. Asistenciales</b>	<i>Recursos Humanos:</i>	Médicos, staff, Médicos residentes.
	<i>Materiales:</i>	Nº de camas, Consultas, Quirófanos, Partorios
	<i>Actividad Programada:</i>	Ingresos, Altas, Estancias, Consultas, Partos, Cesáreas, Exploraciones complementarias etc.
		Determinaciones analíticas, RX, etc.
	<i>Actividades Urgentes:</i>	Urgencias por servicio, Ingresos
	<i>Indicadores funcionamiento:</i>	Estancia media, porcentaje ocupación, Id. rotación
	<i>Indicadores de rendimiento:</i>	Porcentaje tiempo dedicado a consulta, asistencia...
<b>Est. Clínicas</b>	<i>Est. Clínicas:</i>	Indicaciones de ingreso, alta, estancia. Tasas de mortalidad, porcentaje de Necropsias. Tasa de cirugía innecesaria, Infecciones.

Fuente: Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria 1.984.

Estos datos deben ser remitidos periódicamente, a mes vencido. Para poder comparar los resultados se establece una clasificación hospitalaria y establecen las tarifas económicas para cada tipo. El criterio para la clasificación es el ámbito territorial (H. Comarcales, Provinciales, y Regionales).

Poner en marcha este dispositivo no resulta fácil debido, no sólo a la falta de cultura de gestión en los hospitales, sino también a la falta de dispositivos adecuados para ello.

La financiación está ligada a la ocupación de sus camas, es decir a las estancias causadas en los hospitales, en los que no existen unos parámetros asistenciales exigibles y cada hospital tiene una forma de actuación autónoma.

Las proyecciones de crecimiento de las prestaciones e incluso de los servicios responden a las necesidades profesionales más que a demandas de la población, todavía con expectativas poco desarrolladas. Sin embargo, pocos años más tarde, también la Sanidad en España queda bajo el influjo de la tendencia europea.

En 1.990 se crea la «Comisión Abril» para el Análisis y Evaluación del Sistema Sanitario, el cual comienza ya a dar síntomas de expansión del gasto y falta de eficiencia.

Antes de terminar de implantar el modelo diseñado en la Ley General de Sanidad (1.986) se ve la necesidad de cambiar el rumbo. En sus conclusiones, elaboradas un año después de su creación, la Comisión viene a decir que se debe mejorar la eficiencia del sistema y controlar el gasto. Son propuestas de esta Comisión: Cambiar la personalidad jurídica de los hospitales (pasarán a estar sometidas al derecho privado) y laboralizar al personal y ello como instrumento para agilizar la gestión y motivar a los profesionales. Evaluar la utilización de las nuevas tecnologías antes de ser incorporadas. Descentralizar la gestión y tantas otras que no vamos a enumerar. Solo añadiremos las propuestas que hace para controlar el gasto a través de la utilización racional de los recursos introduciendo un elemento disuasor como era el «ticket moderador» mediante el cual se pagaría una cantidad, aunque fuera simbólica, cada vez que se accediera a la prestación.

En estas nuevas realidades el Paradigma Tradicional va siendo desplazado por el nuevo paradigma de la eficiencia.

El punto de partida de los cambios que se avecinan es la ineficiencia de las organizaciones públicas. Existe una especie de acuerdo en la afirmación de que las organizaciones sanitarias públicas, los hospitales, son ineficientes debido a la falta de competencia, lo que unido a la seguridad/inamovilidad en el puesto de trabajo, sus profesionales acaban atendiendo a sus propios intereses a los que subordinarán todo lo demás.

El remedio, por tanto, es introducir mecanismos de mercado allí donde sea posible, estableciendo la competencia entre los distintos hospitales y también entre los distintos servicios de cada hospital. Naturalmente, para lograr esto, se necesita una figura clara, con autoridad, capaz de presionar a la organización para que mejore los resultados, eliminando las barreras y facilitando los medios a los productores del servicio. Emerge así, con fuerza, la figura del Gestor con un nuevo papel, con formación y habilidad para conducir a estas complejas organizaciones hacia los nuevos objetivos, rompiendo rutinas y pautas de trabajo fijadas por los propios productores del servicio. Hay que buscar un nuevo equilibrio de poder entre políticos y técnicos, entre los profesionales y el resto del personal del Hospital.

Hay numerosos ejemplos que dan fé de esa mayor capacidad de presión de los gestores en busca de la eficiencia. En pocos años logra bajarse a la mitad los periodos de estancia, controlar y medir la pro-

ducción hospitalaria. Las organizaciones fueron reestructuradas introduciendo mecanismos de planificación en la gestión y control del presupuesto.

En un intento de hacer real la introducción de mecanismos de mercado, se separa la financiación de la provisión de los servicios. Gerentes de Atención Primaria y Atención Especializada negocian como proveedores de los servicios que se prestan a la población con Insalud. Este actuará como financiador y comprador cuyo pago serán los presupuestos que recibirán a cambio. Se liga de esta forma actividad a recurso en los llamados «Contratos Programas», inicialmente, Contratos de Gestión en la actualidad.

Cada año, los Gerentes de Atención Especializada y Atención Primaria, pactan los objetivos que deberá cumplir su organización. Esto obliga a su vez a que negocien con los profesionales la actividad que cada servicio desarrollará y los recursos que recibirá a cambio.

En esta década de los noventa los hospitales comienzan a utilizar, aunque tímidamente, algunas estrategias de gestión utilizadas en las organizaciones privadas, («Outsourcing», «just-in-time»....etc.), incluso externalizando servicios. Esta práctica al igual que la subcontratación, levanta polémica en algunos casos que ven una amenaza al Estado de bienestar y temen que se convierta en lo que se ha dado en llamar el «Estado hueco» (Bozeman, 1.993).

### **Nuevo paradigma para nuevas formas de gestión**

Completar esta idea de mercado, de competencia, requería asimismo introducir un elemento esencial de éste, la elección y la consideración del usuario como cliente. Significa un cambio importante en la cultura de las organizaciones públicas orientándolas hacia el ciudadano, cada vez más concienciado de sus derechos y más dispuesto a exigirlos.

La orientación hacía el cliente es una consecuencia lógica de la aplicación de las técnicas de gestión privada. Por otro lado, se hace necesario reforzar la idea de calidad como instrumento que proteja al usuario, asegurando que aunque la consigna sea controlar el gasto, esto no ocurrirá a costa de la calidad del servicio que se le presta.

En toda Europa se comienzan a desarrollar las cartas de derechos del ciudadano (Sue Richards 1.994). Son una evidencia del cambio que se ha ido produciendo en la gestión orientada hacia el cliente.

Para apalancar el cambio, las estrategias van a ser, la descentralización y las políticas de personal. Se concretan en la agrupación de servicios como instrumento facilitador de una atención personalizada

e integral que va a permitir no solo una mayor calidad en la asistencia, sino la participación real y la motivación de los profesionales. La Gestión Clínica, Creación de Institutos, Fundaciones etc. ha comenzado a nivel micro, como paso previo, para la implantación a nivel macro como paso definitivo al nuevo paradigma del Cliente, en el que la eficiencia forme parte de la calidad.

### **Conclusiones**

Como en todo cambio, conviene ser realista y tener en cuenta que los cambios de cultura son lentos. Si miramos la historia, los inventos mecánicos que transformaron la vida económica en la segunda mitad del Siglo XVIII en Inglaterra y algo después en el resto de Europa, no se aceptaron apaciblemente en sus inicios. El ejemplo más divulgado fue el producido en 1.811, cuando un grupo de ludditas destruyeron las máquinas textiles en Nottingham.

La resistencia de hoy al cambio no implica oposición a las nuevas formas de hacer, quizá lo que se ve en el cambio es una amenaza para sí mismos y para la supervivencia global del sistema.

Parafraseando a Toffler (1.980) cuando una sociedad se ve asaltada por más de una ola de cambio y no es ninguna de ellas claramente dominante, la imagen de futuro queda rota, dificultando la identificación del sentido de los cambios, es entonces cuando surgen los conflictos.

No sé si la gestión debe ser reformada o no, si parece claro que las Administraciones Públicas, los hospitales y, en consecuencia los gestores, debemos hacer algo para mejorar los resultados y adaptar nuestras organizaciones a la nueva realidad política, económica y social.

La sociedad española ha cambiado pero nuestros hospitales siguen siendo fieles a los valores y a las prácticas de un mundo de base medicalizada, convirtiéndose en ocasiones en un factor de bloqueo a los cambios. Por un lado existe la necesidad de una intervención eficaz, sin ello el tejido social se resentiría; pero por otro lado se ve incapacitado para ello, perdidos en mil procesos e intervenciones cuyo sentido no se ve con claridad.

Hasta ahora el debate se ha centrado en la reforma y menos en la necesidad de conocer los puntos sensibles del sistema y apostar a favor de los actores capaces de jugar un juego diferente, y como tales actores, portadores de medios de cambio, de innovación y de modernización.

Debemos ser capaces de llegar a nuevas formas de gestionar, para ello, propongo una estrategia que apueste e invierta en el conocimiento

de los hospitales, en las personas y en experimentación. Las nuevas formas son una buena plataforma para ello.

### Bibliografía

- <sup>1</sup> ALBI, E. Público y Privado. *Un acuerdo necesario*. Ariel, Barcelona. 2000.
- <sup>2</sup> BOZEMAN, B. *Public, Management. The State of the Art*. Jossey-Bass inc. Publishers. San Francisco, California. 1993.
- <sup>3</sup> CHAMPY, J. y Hammer. *Reengineering the corporation*. Harper Business, Nueva York. 1993.
- <sup>4</sup> CHAMPY, J. *Reengineering management: The mandate for new leadership*. Harper Business. Nueva York. 1995.
- <sup>5</sup> DEMING, W. E. *Out of the crisis*. Mit, Cambridge Mass -(1.982): Quality, productivity and competitive position. Mit Cambridge Mass. 1982.
- <sup>6</sup> DRUCKER, P. F. *Managing for the future*. Butter-Worth Heinemann, Oxford. -1.995): *Managing in times of great Change*. Butterworth Heinemann, Oxford. 1993.
- <sup>7</sup> EQUIZA, J.J. «Gestión Hospitalaria: Nuevas tendencias». *Rev. Valenciana D' studis Autonómics*, nº 28. pág. 31-40. 1999.
- <sup>8</sup> HAMEL, G., Prahajad, C.K. *Competing for the future*. Harvard University Press, Cambridge. 1994.
- <sup>9</sup> HAMMER, M. *The reenginering revolution*. Harper Collins, Nueva York. 1995.
- <sup>10</sup> JURAN, J. M. *Planning for quality*. Free Press. 1988.
- <sup>11</sup> LÓPEZ, J., Gadea, A. *Servir al Ciudadano*. Ed. Gestión 2.000, S.A. Barcelona. 1995.
- <sup>12</sup> MARTÍNEZ, M.T. *La Calidad de los Servicios Hospitalarios. Una perspectiva de los usuarios madrileños*. Consejería de Sanidad, Comunidad Autónoma de Madrid. 1999.
- <sup>13</sup> MINTZBERG, H. *The rise and fall of strategic planning*. Prentice Hall International, Hemel Hempstead. 1994.
- <sup>14</sup> OHMAE, K. *The mind of the strategist*. Mc.Garw Hill, Nueva York. 1982.
- <sup>15</sup> OHMAE, K. *Triad power: The Coming Shape of Global competition*. Free Press. Nueva York. 1995.
- <sup>16</sup> PETERS, T., y Waterman, R. *In search of excellence*. Harper and Row, Nueva York y Londres. (1.985): A passion for excellence. Collins, Londres. 1982.
- <sup>17</sup> PORTER, M. *Competitive Strategy: Techinique for analyzing industries and competitors*. Free Press, Nueva York. 1980.
- <sup>18</sup> PORTER, M. *The competitive advantage of nations*. McMillan, Londres. 1990.
- <sup>19</sup> RICHARDS, S. «El paradigma del Cliente en la Gestión Pública». *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, nº1. 1994.
- <sup>20</sup> SANCHO, R. D. *Gestión de Servicios Públicos. Estrategias de Marketing y Calidad*. Tecnos, Madrid. 1999.
- <sup>21</sup> TEMES, J. L., Pastor, V., Diaz, J. L. *Manual de Gestión Hospitalaria*. 2ª Edición. McGraw-Hill, Interamericana, Madrid. 1997.
- <sup>22</sup> TOFFLER, A. *La Tercera Ola*. Plaza y Janés, S.A. Barcelona. 1980.